UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1963 N° 49

A propos des Tumeurs Paranéphrétiques

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1963

PAR

Pierre ALBENQUE

Ancien Externe des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY

MM. FABRE (P.) *Président*
PLANQUES (J.)
PONTONNIÈR (A.) } *Assesseurs*
SARRAZIN (R.)
BASTIDE (G.), *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
Vve R. LION
16, Rue Lakanal, 16
1963

ALBENQUE (Pierre)

A propos des
Tumeurs Paranéphrétiques.

Toulouse, 1963, Impr. Toulousaine, in-8°, 56 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1963, n° 49.

ALBENQUE (Pierre)

A propos des
Tumeurs Paranéphrétiques.

Toulouse, 1963, Imp. Toulousaine, in-8°, 56 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1963, n° 49.

ALBENQUE (Pierre)

A propos des
Tumeurs Paranéphrétiques.

Toulouse, 1963, Impr. Toulousaine, in-8°, 56 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1963, n° 49.

ALBENQUE (Pierre)

A propos des
Tumeurs Paranéphrétiques.

Toulouse, 1963, Imp. Toulousaine, in-8°, 56 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1963, n° 49.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547605_0077

A PROPOS
DES
TUMEURS PARANÉPHRÉTIQUES

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	Lazorthes.
1er ASSESSEUR		Blanc.
2e ASSESSEUR		Sorel.
DOYENS HONORAIRES		Gorse, Calvet, Lefebvre, Brustier.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ribaut, Vallois, Tapie, Delas, Riser.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	Mériel,
Clinique médicale		Gadrat.
Clinique chirurgicale et Gynécologie		Fabre (P.).
Clinique chirurgicale et du Cancer		Grimoud.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie		Virenque.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		Bazex.
Clinique des Maladies de la Tuberculose et Pathologie interne		Morel.
Clinique des Maladies des voies urinaires		Lhez.
Clinique médicale infantile et Puériculture		Sorel (R.).
Clinique médicale de la Première enfance		Bardier.
Clinique de Neurologie et Psychiatrie		Géraud.
Clinique obstétricale		Guilhem (P.).
Clinique odonto-stomatologique		Cadenat (H.).
Clinique ophtalmologique		Calmettes.
Clinique O.R.L. et de Chirurgie maxillo-faciale		Calvet.
Rhumatologie		Ruffié (R.).
Clinique traumatologique des membres		Rieunau.
Accouchement et Obstétricie sociale		Pontonnier.
Anatomie		Lazorthes.
Anatomie appliquée		Poulhès.
Anatomie pathologique		Fabre (J.).
Bactériologie, Hygiène, Médecine sociale		Andrieu.
Chimie biologique		Valdiguié (P.).
Electro-Radiologie		Marquès.
Embryologie		Broussy.
Histologie		Bimes.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		Darnaud.
Médecine légale et du Travail		Planques.
Médecine sociale		Bounhoure.
Parasitologie		Boulisset.
Pathologie chirurgicale		Dambrin.
Pathologie générale et Médecine expérimentale		Sendrail.
Physico-Chimie		Auvergnat.
Physiologie		Laporte (Y.).
Physiologie appliquée et Pharmacologie		Baisset.
Physique biologique et médicale		Bagnard.
Propédeutique médicale		Laporte (J.).
Thérapeutique		Dardenne.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie gén. et comparée	MM.	Coulouma.
Bactériologie	Mme	Enjalbert.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale	MM.	Douste-Blazy.
Histologie et Embryologie		Planel.
Ophtalmologie		Déodati.
Parasitologie		Ruffié (J.).
Physiologie		Montastruc.
Physique médicale		Bru.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM.	Bastide.
Anatomie pathologique		Bouissou.
Anesthésiologie		Lareng.
Carcinologie		Estrade.
Chirurgie générale		Gédéon.
Electro-Radiologie		Pons.
Hématologie		Ducos.
Histologie et Embryologie		Guilhem (A.).
Médecine générale		Monnier.
Oto-Rhino-Laryngologie		Claux.
Pathologie expérimentale		Gleizes.
Physiologie		Bessou.
Physique médicale		Commanay.

AGREGES

Médecine générale	MM.	Ribaut.
—		Calazel.
—		Rascol.
—		Le Taillec.
—		Ribet.
Chirurgie générale		Enjalbert.
—		Ficat.
—		Pasquié.
—		Souquet.
—		Sarrazin.
—		Gaubert.
Dermatologie - Syphiligraphie		Dupré.
Hydrologie		Denard.
Médecine légale		Grèzes-Rueff.
Neurochirurgie		Espagno (J.).
Neurologie et Psychiatrie		Gayral.
Obstétrique		Espagno (Guy).
Ophtalmologie		Bec.
Pneumo-Phtisiologie		Delaude.

AGREGES LIBRES

Anatomie	MM.	Thomas.
Pathologie chirurgicale		Deulafé.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique, Cryptogamie	Mme	Dulucq-Mathou.
Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle	MM.	Bourbon.
Chimie pharmaceutique		Blanc.
Matière médicale		Vincent.
Pharmacie chimique et Pharmacodynamie		Caujolle.
Pharmacie galénique		Stanislas.
Zoologie		Roux.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M.	Couturier.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles	Mme	Caujolle.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	MM.	Breuillaud.
Sciences physiques		Pitet.
Toxicologie		Broussy G.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	MM.	Roche.
Secrétaire		Berrut.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1963 N° 49

A propos des Tumeurs Paranéphrétiques

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1963

PAR

Pierre ALBENQUE

Ancien Externe des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY

MM. FABRE (P.) *Président*
PLANQUES (J.)
PONTONNIÈR (A.) *Assesseurs*
SARRAZIN (R.)
BASTIDE (G.), *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
Vve R. LION
16, Rue Lakanal, 16
1963

Je dédie cette Thèse :

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MES ENFANTS

MARIE-CATHERINE et JEAN-PAUL

A MON PÈRE

LE DOCTEUR A. ALBENQUE

Ancien Interne des Hôpitaux

ET A MA MÈRE

Avec toute mon admiration.
Cet ouvrage est un bien faible hommage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MES BEAUX-PARENTS

Avec toute mon affection.

A MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR F. TERRENQ

Tout heureux de t'offrir ce travail qui m'engage dans cette profession passionnante que tu as exercée noblement.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE
Le Docteur R. CHATEAUNEUF

A MES NEVEUX

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur P. FABRE

Professeur de Clinique Chirurgicale Gynécologique

Officier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous vous remercions très vivement pour l'accueil affectueux et chaleureux que vous nous avez toujours réservé.

Permettez-nous de vous assurer de notre profonde reconnaissance et de notre sincère attachement.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

Monsieur le Professeur J. PLANQUES
Professeur de Médecine Légale et de Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous avons eu le très grand avantage d'être votre externe, de bénéficier de votre précieux enseignement et de votre grande expérience. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur A. PONTONNIER
Professeur d'Accouchement et d'Obstétricie Sociale

Nous sommes très heureux de vous exprimer notre profonde gratitude pour la bienveillance que vous nous avez toujours témoignée.

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être notre juge.

Monsieur le Professeur R. SARRAZIN
Professeur Agrégé de Chirurgie Générale

Qui nous a fait l'honneur et le plaisir d'accepter de faire partie de notre jury. Nous le prions de recevoir nos vifs remerciements.

Monsieur le Docteur G. BASTIDE
Maître de Conférences, Agrégé d'Anatomie

Nous l'assurons de notre gratitude et le prions d'accepter l'hommage de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur FREJEVU

En nous apportant tous les éléments constitutifs de cette thèse, vous nous avez beaucoup aidé dans notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueuse amitié.

A Monsieur le Docteur POMMEPUY

Avec nos remerciements.

A Monsieur le Docteur MOREAU

Nous tenons à le remercier des précieux conseils qu'il nous a donné pour réaliser cet ouvrage.

Qu'il daigne trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A NOS CAMARADES D'EXTERNAT

INTRODUCTION

Les tumeurs paranéphrétiques occupent une place bien individualisée depuis le congrès de Chirurgie de 1919, où LECÈNE les a définies ainsi :

« Néoplasmes retropéritonéaux, qui présentent avec le rein, intact en principe, des relations anatomiques intimes ».

Leur situation retropéritonéale, et leur origine périrénale, expliquent la symptomatologie d'emprunt, sans caractère pathognomonique, dont s'entourent les tumeurs paranéphrétiques. Aussi, ce diagnostic n'est-il envisagé qu'après élimination des autres tumeurs de l'abdomen.

L'utilisation des différentes techniques d'opacification radiologique, s'avère indispensable. Elle montre d'une part les déformations, les déplacements des viscères, et d'autre part l'intégrité anatomique des organes, qui, s'ils sont refoulés ne sont pas le siège d'un processus tumoral.

Seul un examen histologique minutieux revèle la nature de la néoformation. Le caractère malin d'emblée ou la dégénérescence fréquente des tumeurs bénignes, imposent dès la découverte d'une telle lésion, une intervention visant à l'exérèse large de la tumeur.

HISTORIQUE

Avant la thèse de doctorat de MANKIEWICZ (1887) qui prononça le premier, le terme de tumeur paranéphrétique, ces néoplasmes étaient souvent confondus avec d'autres tumeurs, kystes de l'ovaire en particulier. Cependant, l'unanimité ne se réalisa pas aussitôt sur cette terminologie et en 1882, TERRIER et GUILLEMAIN, pour les désigner, parlèrent encore de tumeur retro-péritonéale.

L'étude des tumeurs paranéphrétiques progresse par la suite avec les travaux de CESTAN (1898), HARTMAN et LECÈNE (1903), ALBARRAN et IMBERT (1903).

Le rapport de LECÈNE et THÉVENOT (1919) effectue la première synthèse et classification. Par la suite, de nombreux auteurs rédigèrent des mises au point sur les tumeurs paranéphrétiques : travaux de PATEL et TUBIANA au sujet de la classification anatomo-pathologique (1947), statistiques de PEMBERTON et WHITLOCK et la Mayo Clinic (1934), de NEWMAN et PINCK en 1950 (33 cas), de DONNELLY en 1946 (95 cas), de PACK et TABAH du Memorial de New-York en 1954 (120 cas).

Plus récemment, BARCAT en 1956 et CENDRON en 1959, ont effectué une revue générale de la question.

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIO-PATHOLOGIQUE

L'espace retropéritonéal, ses limites, son contenu.

Il n'est pas dans notre pensée de décrire la constitution de l'espace retropéritonéal; nous nous contenterons d'en faire un bref rappel dans le but de comprendre les remaniements provoqués par les tumeurs paranéphrétiques.

— *Limité :*

— en haut, par la face inférieure du diaphragme.
— en arrière, par la paroi ostéo-musculaire des régions lombaires et iliaques.
— en avant, par le péritoine pariétal postérieur.
— en dehors, par la partie postérieure des muscles de la paroi abdominale.

— *Communiquant :*

— en dedans, avec la région symétrique.
— en bas, avec le pelvis.

L'espace retropéritonéal contient le rein, et son uretère, la surrénale; les gros vaisseaux : Aorte abdominale, Veine Cave Inférieure, Veine Porte, et leurs branches, le Sympathique Lombaire, les troncs nerveux.

Tous ces viscères sont entourés par des tissus graisseux et lymphoïdes.

Physio-pathologie des Tumeurs Paranéphrétiques

Tous les organes contenus dans l'espace retro-péritonéal ou à son voisinage, sont susceptibles d'être refoulés, comprimés ou entourés par la tumeur.

Le rein se trouve au contact de ces néoformations. Si parfois sa situation reste inchangée, il se trouve souvent déporté en haut ou en bas, en dehors ou en dedans. Il arrive même que la tumeur l'englobe.

La masse tumorale déplace fréquemment l'uretère. Il en épouse les contours et présente une courbe à concavité interne ou externe.

Les viscères intra-péritonéaux, sont refoulés avec de péritoine pariétal postérieur. Les organes mobiles, estomac, colon transverse, sont déportés. Les organes accolés, ne pouvant pas se dérober, sont repoussés, le duodénum et le pancréas directement en avant, le colon en dehors, ou en dedans.

Les tumeurs paranéphrétiques présentent parfois des prolongements qui dépassent les limites de l'espace retro-péritonéal :

— prolongement antérieur qui pousse des adhérences avec le pancréas; la râte, le colon.
— prolongement interne qui contracte des rapports dangereux avec les gros vaisseaux et leurs branches, et qui peut même envahir l'espace opposé.
— prolongement supérieur vers le diaphragme et le thorax.
— prolongement inférieur vers le pelvis.

Observation 1

Monsieur R..., 45 ans.

En mai 1960, hospitalisé pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite.

A l'examen : abdomen asymétrique, énorme tumeur occupant le flanc droit et débordant vers la gauche. Elle donne le contact lombaire.

Radiologie

— *Transit gastro-duodénal* (fig. 1).

Refoulement en bloc de tout le tractus digestif, notamment du duodéno-pancréas à gauche de la ligne médiane.

— *Lavement Baryté* (fig. 2).

Refoulement vers la gauche de tout le colon droit et d'une partie du colon transverse.

— *Urographie Intraveineuse* (fig. 3).

Le rein droit est en position horizontale, sous diaphragmatique, il barre en partie la colonne vertébrale. L'uretère droit croise l'uretère gauche et le rein, dont l'imprégnation est normale.

— *Retropneumopéritoine.*

Pas de décollement à droite; à la tomographie, aucune masse n'est individualisée.

Laboratoire

Urée : 0,37 g ‰.
V.S. : 71/105.
FN : ni anémie, ni leucocytose.

Diagnostic Préopératoire

Tumeur paranéphrétique droite.

Intervention : juillet 1960. Professeur Fabre.

— Voie d'abord antérieure para-médiane et para-péritonéale.

— Découverte d'une énorme tumeur d'aspect lipomateux occupant tout le flanc et l'hypochondre droit et ayant un prolongement pelvien et un prolongement gauche, au-delà des vaisseaux.

— Poids de la tumeur : 11 kg 250.

Suites opératoires satisfaisantes.

Anatomo-Pathologie : Liposarcome.

Réhospitalisé en juin 1961, pour œdème du membre inférieur droit.

Présence d'une masse occupant la fosse iliaque droite et le flanc droit.

Pleurésie hémorragique de la base droite.

Malgré la radiothérapie et un traitement par Endoxan, le malade décède en septembre 1961.

FIG. 1. — **Transit Gastroduodénal** (Obs. I)

Refoulement en bloc de tout le tractus digestif, notamment du duodéno-pancréas à gauche de la ligne médiane.

FIG. 2. — **Lavement Baryté** (Obs. I)

Colon droit médian, tout le transverse est à gauche.

FIG. 3. — **Urographie Intra-Veineuse** (Obs. I)

Rein droit horizontal, prévertébral, sous diaphragmatique.
L'uretère droit surcroise le gauche.

Observation II

Monsieur B..., 40 ans.

Quelques douleurs vagues du flanc droit, l'amènent à consulter son médecin traitant qui découvre une tumeur abdominale droite, donnant le contact lombaire.

Urographie Intra-veineuse :

Sur le cliché sans préparation, opacité arrondie et dense de l'hypochondre droit.

Morphologie pyélocalicielle et urétèrale normale à gauche. A droite, le rein et l'uretère initial sont repoussés en haut et en dedans sur le cliché de face, en dehors et en avant sur le cliché de profil.

Diagnostic Pré-opératoire :

Tumeur paranéphrétique droite.

Intervention le 20 novembre 1962. Dr Pommepuy.

— Incision antérieure para-médiane.

— Abord parapéritonéal de la tumeur qui est dégagé sur son bord externe puis antérieur. En arrivant au bord interne, difficultés opératoires importantes. A la ligature des vaisseaux, plaie de 1 cm 5 de la Veine Cave Inférieure, qui est suturée. Dès lors, ablation facile de la tumeur qui comprend le rein, qui n'a pu en être dégagé.

Anatomo-pathologie :

Sarcome fibroblastique.

— Suites opératoires simples, malgré une phlébite bilatérale qui retrocède bien sous Héparine.

Six mois après, bon état général, poursuite du traitement par Endoxan.

Observation III

Madame D..., 78 ans. Rapatriée d'Algérie.

En novembre 1961, anorexie, baisse de l'état général.

En février 1962, hospitalisée à Oran pour occlusion intestinale aiguë.

A l'intervention, découverte et exérèse d'une tumeur paranéphrétique ayant le volume d'une tête d'enfant, et occupant l'hypochondre et le flanc droit. Cette masse d'aspect lipomateux, inséparable du rein, rend la néphrectomie nécessaire.

Pas d'examen histologique de la pièce.

En mai 1962, petite tumeur de la fosse iliaque droite, dont les dimensions augmentent régulièrement.

En décembre 1962 : anorexie, nausées, vomissements, symptômes qui amènent l'hospitalisation de la malade.

A l'examen :

— Volumineuse masse occupant le flanc droit, dure, relativement lisse, indolore, mâte à la percussion. Elle donne le contact lombaire.

Radiologie

— *Lavement Baryté.*

Refoulement vers la gauche du colon ascendant par une masse non visible radiologiquement.

— *Pyélographie ascendante* (fig. 4).

— à gauche : opacification normale des voies urinaires.

FIG. 4. — **Pyélographie Ascendante** (Obs. III)

Uretère droit borgne, dévié au-delà de la ligne médiane.

— à droite : découverte d'un uretère borgne qui confirmer la néphrectomie. Cet uretère est déplacé à gauche de la ligne médiane.

Diagnostic pré-opératoire :

Récidive de tumeur paranéphrétique.

Intervention : 14 janvier 1963. Professeur Fabre.

— Voie d'abord antérieure para-médiane, extra péritonéale. Enorme tumeur retropéritonéale qui se clive sans difficulté. Découverte aux pôles interne et supérieur d'un pédicule très nettement individualisé avec une grosse et très courte veine qui se jette dans la Veine Cave Inférieure. Ligature relativement simple. Ablation de la tumeur et de ganglions para-cave. Drainage de la loge, fermeture.

— Poids de la tumeur : 1 800 grammes.

Suites opératoires simples.

Examen Anatomo-pathologique :

Liposarcome d'aspect polymorphe, tantôt fibreux, tantôt myxoïde. L'existence de zones lipoblastiques aux cellules bourrées de petites inclusions lipidiques permet d'affirmer ce diagnostic.

L'importance des zones fibreuses, leur richesse en monstruosités,, doivent faire craindre une dissémination hématogène et des métastases pulmonaires. Les cinq petits ganglions lympathiques ne sont pas envahis et montrent des réactions inflammatoires banales.

— Quatre mois après : excellent état général, pas de récidive décelable, ni de métastase.

Observation IV

Madame C..., 55 ans.

Présente un long passé gynécologique et urinaire.

— En 1936, un accouchement dystocique avec déchirure périnéale postérieure.

— En 1961, une intervention chirurgicale indéterminée pour une cystique chronique.

Depuis 1958, se plaint d'épigastralgies et de douleurs vagues au niveau de l'hypochondre droit.

En février 1963, la malade perçoit une tuméfaction sous-costale droite et est hospitalisée.

A la palpation : masse sous-costale, peu mobile, dure, indolore, de surface assez régulière, ayant le volume d'une orange, séparée du foie par un sillon. Elle donne le contact lombaire.

Radiologie

— La Biligraphie est normale.

— Le Lavement Baryté est normal.

— L'urographie intraveineuse et la pyélographie ascendante (fig. 5) montrent un trajet externe de l'uretère. L'image du rein est visible; au-dessous et se superposant, on voit la tumeur.

— Les examens radiographiques étant peu évocateurs, on décide de pratiquer une laparotomie exploratrice, en pensant que la malade peut présenter :

— soit une tumeur retro-péritonéale,

— soit une tumeur primitive ou secondaire de l'épiploon.

FIG. 5. — **Pyélographie Ascendante droite** (Obs. IV)

Gros bassinet, uretère initial dilaté et refoulé vers l'extérieur. Ombre rénale nette, individualisable d'une deuxième ombre plus volumineuse descendant jusqu'à la crête iliaque.

Intervention : le 5 avril 1963. Professeur Fabre.

— Incision de Rio Branco.

— Découverte d'une masse retro-péritonéale ayant le volume d'une tête fœtale, retrocolique droite. Abaissement de l'angle colique droit, et libération du mésocolon droit. Dissection de la masse tumorale relativement aisée en avant, très difficile en arrière, où elle engaine et adhère à la Veine Cave Inférieure. Résection de 2 cm environ de la Veine Cave Inférieure et ablation de la tumeur avec le rein. La Veine Rénale droite se jette dans le segment réséqué. Vérification de la Veine Cave, le clan est en amont de la Veine Rénale gauche. On décide de faire une simple ligature de la Veine Cave. Fermeture.

— Poids de la tumeur : 800 grammes.

Suites opératoires simples, sous traitement anticoagulant (Heparine). Quelques œdèmes et troubles dysesthésiques au lever, calmés efficacement par les toniques veineux et les bandes élastiques.

Anatomo-pathologie : (Docteur Moreau).

Léiomyome présentant une dégénérescence léiomyo-sarcomateuse importante.

La tumeur est une volumineuse masse de forme ovoïde (fig. 6). La masse est de consistance lisse et présente en deux points une discontinuité laissant apparaître un tissu mou et friable de teinte rougeâtre.

A la coupe (fig. 7), le tissu comportant la tumeur apparaît constitué par une trâme fasciculée dense, à larges faisceaux entrecroisés, de couleur blanc rosé; dans quelques territoires, le tissu est mou, et friable, hémorragique.

A l'examen histologique, la nature léiomyomateuse de la tumeur est évidente. Le tissu est composé de faisceaux myomateux entrecroisés en tous sens; les faisceaux sont constitués par des groupes de myocytes fusiformes, très allongés, parallèles entre eux. Les noyaux cellulaires ovoïdes, longs, réguliers, avec une chromatine poussiéreuse. Les mitoses y sont absentes (fig. 8).

Les caractères histologiques se transforment dans plusieurs territoires correspondant aux zones macroscopiquement suspectés. Ici, la structure devient nettement sarcomateuse. Le sarcome est tantôt à cellules fusiformes volumineuses, tantôt à cellules polymorphes. Certains plages sont parfaitement riches en cellules géantes. Les noyaux sont polymorphes, et les mitoses atypiques, unions multipolaires nombreuses (fig. 9).

Un mois après l'intervention, état général satisfaisant.

Fig. 6

Fig. 7

Fig. 8

Fig. 9

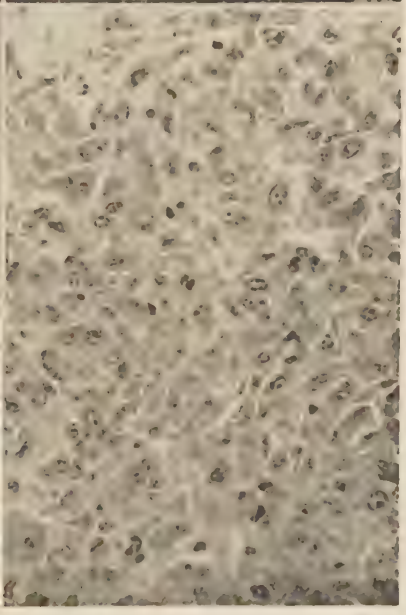

FIG. 6. — **La Tumeur** (Obs. IV)

FIG. 7. — **Coupe de la tumeur** (Obs. IV)

FIG. 8. — **Léiomyome fasciculé.**

FIG. 9. — **Zone de dégénérescence léiomyosarcomateuse avec cellules polymorphes.**

AVANT-PROPOS

En quelques mois, quatre malades atteints de tumeur paranéphrétique ont subi une intervention chirurgicale, dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur Fabre.

En recherchant les observations de ces mêmes tumeurs publiées en langue française, ces dernières années, nous en avons retrouvé vingt-deux.

De l'étude de ces vingt-six cas de tumeur paranéphrétique, nous avons essayé de tirer quelques déductions que nous avons comparées aux données classiques.

ÉTIOLOGIE

Les tumeurs paranéphrétiques s'avèrent relativement rares. Pour Pack et Tabah, elles représentent à peine 0,2 % du chiffre total des tumeurs de toute nature, observées au Memorial Hospital de New-York.

Si pour Lecène et Thévenot, pour Donnely et Yovanovitch ces néoformations apparaissent plus fréquentes dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, presque toutes les autres statistiques indiquent une proportion inverse. Dans notre étude, nous avons noté la proportion de 17 femmes pour 9 hommes.

L'affection s'observe à tous les âges, depuis le nourrisson jusqu'au vieillard. Toujours, pour nos 26 observations, la moyenne d'âge oscille autour de 43 ans, avec les extrêmes : 78 ans et 9 mois. Le maximum de fréquence se situe entre 50 et 60 ans : 11 malades.

Quant au côté atteint, nous avons retrouvé 16 tumeurs paranéphrétiques droites et 9 tumeurs gauches, proportion inverse de celle établie par Barcat.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si au point de vue topographique et clinique, toutes les tumeurs paranéphrétiques offrent des caractères communs, il n'en est pas de même quant à leur histologie : dans cette région riche en remaniements embryologiques, de nombreuses variétés se développent.

Différentes classifications furent successivement envisagées ; nous retiendrons celle effectuée par Patel et Tubiana. D'après leur origine, ils rangent les tumeurs paranéphrétiques en trois catégories :

— Tumeurs développées aux dépens du mésenchyme.
— Tumeurs provenant de tissus nerveux.
— Tumeurs issues de vestiges embryonnaires.

Les Tumeurs Mésenchymateuses

Elles représentent le groupe des tumeurs les plus fréquentes et les plus variées, en raison de la multiplicité des tissus dérivés du mésenchyme. Sur les 26 observations, nous en relevons 20 cas.

Les Tumeurs Mésenchymateuses Bénignes.

On les découvre le plus souvent chez l'adulte; rarement pures, elles sont fréquemment constituées par l'association de différents types histologiques.

— Les lipomes forment des tumeurs volumineuses, soit pures, soit à prédominance adipeuse; souvent multilobés, ils se laissent cliver des organes voisins, mais récidivent facilement.

— Les fibromes, moins volumineux, plus difficilement extirpables, adhèrent intimement aux viscères voisins.

— Les myxomes, les léiomyomes, les lymphangiomes, apparaissent plus rares.

— L'association la plus rencontrée est celle du fibro-lipomateux : 5 cas furent respectivement décrits par Fresnais et Auguste.

Les Tumeurs Mésenchymateuses malignes.

Ces sarcomes se développent primitivement, soit secondairement, par dégénérescence d'une tumeur bénigne. Nous en comptons 13 cas, la moitié des observations colligées.

Classiquement, le lymphosarcome prédomine ; nous n'avons pas eu l'occasion d'en rencontrer. Quatre cas de liposarcomes par contre (dont nos observations I et III), deux cas de sarcomes fibroblastiques (dont notre observation II).

Les Tumeurs Ectodermiques

La plupart des auteurs les considèrent comme des tumeurs paranéphrétiques; d'autres, tel Bacart, les éliminent de leur classification.

On a décrit des sympathomes, des neurinomes, des gliomes. Nous en avons retrouvé dans la littérature

trois observations, un sympathome, et deux neurinomes, tous dégénérés.

Les Dysembryomes

Developpés aux dépens de vestiges embryonnaires, on les différencie en simples et en complexes.

Les dysembryomes simples issus des canaux de Wolf et de Müller, bien distincts du rein, jouissent d'un pronostic favorable.

Les tératomes, surtout fréquents chez l'enfant, contiennent tous les tissus dérivés de l'embryon. Leur pronostic reste mauvais par suite d'une mortalité per ou post-opératoire importante.

Toutes ces différentes sortes de tumeurs, mésenchymateuses, ectodermiques ou embryonnaires, bien différentes par leur origine, se rencontrent très souvent dégénérées.

Elles posent alors le problème d'une dégénérescence primitive ou secondaire. C'est pour cette raison que l'examen histologique est très difficile à effectuer : au milieu d'une tumeur d'apparence bénigne peuvent exister des ilôts malins, plus ou moins contrôlables à l'examen de la pièce assez souvent volumineuse. On ne peut affirmer, même après conclusion de l'aspect bénin d'une tumeur, qu'il n'apparaîtra pas, dans la suite, une récidive maligne.

Il semble que les tumeurs paranéphrétiques absolument bénignes soient assez rares. Sur les 26 observations nous avons compté 7 tumeurs bénignes, pour 19 tumeurs malignes, et encore nous ne possédons pas pour toutes le résultat à long terme. La statistique d'Akerman, effectuée à la Colombia Univer-

sity pour les tumeurs paranéphrétiques analysées de 1905 à 1950, se présente ainsi :

— lymphosarcomes	51
— fibrosarcomes	4
— liposarcomes	35
— léiomyosarcomes	25
— rhabdomyosarcomes	5
— Schawnomes malins	3
— Sympathoblastomes	18
— mésenchymomes	5
— myxomes	3
— teratomes	6
— tumeurs embryonnaires	24

soit un total de 183 tumeurs :

127 tumeurs malignes
56 tumeurs d'apparence bénigne.

Quoi qu'il en soit, il est curieux de noter que dans les survies prolongées, on note une égale proportion de tumeurs bénignes et de tumeurs malignes.

CLINIQUE

Les tumeurs paranéphrétiques ont la redoutable possibilité d'évoluer longtemps sinon silencieusement, du moins avec une symptomatologie fonctionnelle très pauvre. La banalité des troubles que ressent le malade, ne l'inquiète pas au début, et ce n'est que leur persistance, l'apparition d'un accident aigu ou la découverte fortuite d'une masse dure qui motivent la consultation.

Cependant, tous les auteurs ont avancé différents signes d'appel à rechercher devant une tumeur paranéphrétique.

Des phénomènes douloureux apparaissent fréquents :

Nous en avons retrouvé chez deux de nos malades (observations I et IV), qui se plaignaient d'algies au niveau de la fosse lombaire droite; sensations vagues à type de pesanteur, avec des irradiations variables, sans caractère précis.

Cibert et Millet, dans leur série de dix observations, signalent huit malades accusant des algies, soit du flanc, soit de l'hypochondre, soit de la fosse lombaire du côté où se trouve la tumeur.

Il s'agit d'un fond continu douloureux, avec de temps à autre des accentuations aiguës prenant le

caractère de crises paroxystiques. Nous avons retrouvé ceci dans l'observation de notre premier malade, il vint à l'Hôpital pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite.

Presque tous les malades ont leur attention attirée par des troubles digestifs dont l'importance et les caractères varient d'un sujet à l'autre : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, ou constipation. Ringoir et ses collaborateurs rapportent quatre cas de malades atteints de tumeur paranéphrétique avec troubles fonctionnels digestifs. Certains expliqueraient ces malaises par des phénomènes de subocclusion intestinale passagère.

Une symptomatologie urinaire se retrouve dans quelques observations : dysurie, pollakiurie, épisode de retention. Rognon a même publié le cas d'un malade hospitalisé pour un épisode de colique néphrétique.

On a décrit des accidents dramatiques : fausse-couche, tableau d'hémorragie interne, occlusion intestinale. Il en fut ainsi lors de la première intervention chirurgicale pratiquée sur Madame D... (Observation III).

En fait, des symptômes variés peuvent se rencontrer lors d'une tumeur paranéphrétique. On rapporte des cas de dyspnée par compression du diaphragme, d'œdème unilatéral d'un membre inférieur par compression veineuse, d'ascite par compression de la Veine Porte.

Bien souvent, les signes qui motivent l'hospitalisation se résument à la découverte d'une masse, soit par le malade lui-même, soit par le médecin qui palpe avec attention l'abdomen. Il en fut ainsi pour notre observation n° IV.

A l'inspection, la déformation et l'asymétrie de l'abdomen retiennent parfois l'attention. La palpa-

tion renseigne sur la fixité ou la mobilité de la masse qui donne presque toujours (comme dans nos quatre observations), le contact lombaire. La tumeur, le plus souvent très dure, peut présenter des zones molles ou fluctuantes. La percussion montre que la matité de la tumeur est parfois barrée par la sonorité colique.

Classiquement, on recherche deux signes accessoires :

— Signe de Hesse : différence de température entre les deux membres inférieurs.
— Signe de Vinogradoff : augmentation des réflexes sudoraux et pilomoteurs.

Si ce n'est le contact lombaire qui montre l'origine retro-péritonéale de la tumuer, il n'existe rien de bien spécifique. A la fin de l'examen clinique, on se trouve devant le problème d'une tumeur; le tout est de savoir si cette masse se situe en avant ou en arrière du péritoine.

L'utilisation des différentes techniques radiologiques s'avère donc indispensable; seule, elle peut nous donner le diagnostic en décelant les désordres anatomiques ou viscéraux entraînés par le développement de cette masse tumorale qui repousse plus qu'elle n'envahit.

RADIOLOGIE

— Sur le cliché de l'abdomen sans préparation, on distingue parfois l'ombre de la tumeur, ou des calcifications incluses. Le plus souvent la masse n'est pas radiovisible et l'examen négatif.

— Le Transit Gastro-Duodénal montre la situation de l'estomac et du duodénum. Dans l'observation I, le refoulement de l'estomac et du duodénum à gauche de la ligne médiane s'explique par l'énorme masse occupant tout l'hémi-abdomen droit. Le déplacement en avant de l'estomac est objectivé, dans le cas de masse postérieure gauche, par les clichés pris en oblique.

— Le Lavement Baryté précise les déformations du cadre colique : refoulement en dedans par tumeur extrinsèque d'un hémicolon (observation I : le colon droit est sur la ligne médiane), inversement élargissement du cadre colique par une masse centrale, déplacement en avant sur les clichés de profil.

— L'Urographie Intraveineuse et la Pyélographie ascendante, constituent des examens capitaux. L'urogramme montre en effet le déplacement du rein et de l'uretère par une masse placée à leur contact. Il ne s'agit pas d'image de tumeur rénale. Il n'existe jamais d'amputation, d'écartement, d'étirement des

cavités rénales. On ne voit que des images de compression qui, en association avec un déplacement important, évoquent le refoulement du rein par une tumeur extrinsèque : la tumeur paranéphrétique. (Observation I : rein laminé, sous le diaphragme, para-vertébral).

L'image de l'uretère apparaît très intéressante, notamment par les anomalies de son trajet. Le diagnostic s'envisage plus facilement si la déviation est externe plutôt qu'interne.

— Si dans trois de nos observations, il y a un urogramme perturbé, on note aussi une urographie intraveineuse pratiquement normale (Observation n° IV).

— Le Retropneumo-péritoine associé à la tomographie et à l'opacification des voies excrétrices permet un excellent bilan des rapports entre le rein et la masse tumorale. Il constitue l'examen de choix.

— Nous n'avons jamais pratiqué l'Aortographie, qui serait très intéressante, en montrant la vascularisation différente du rein et de la tumeur. Au temps néphrographique, elle permettait d'identifier parfaitement les rapports tumeur-rein.

— L'intérêt de la Cavographie nous semble à posteriori évident, puisque sur quatre observations nous avons eu deux difficultés opératoires cave. Cet examen nous aurait sûrement montré, non seulement la proximité cave-tumeur, mais aussi une compression possible de la veine, et aurait attiré l'attention du chirurgien sur les difficultés possibles lors de l'intervention (Observations II et IV).

DIAGNOSTIC

Au terme de ce bilan, on peut éliminer toutes les tumeurs digestives. Toutefois, le problème s'avère très délicat, lorsqu'il s'agit de tumeur de la queue du pancréas ou d'une grosse râte dont la situation, dans l'hypochondre gauche, simule à s'y méprendre la tumeur paranéphrétique.

Plus difficile est la discussion avec les tumeurs solides intra-péritonéales, c'est-à-dire kystes et fibromes du mésentère. Leur situation dans la cavité péritonéale serait accessible à la coelioscopie, mais on imagine facilement que ces tumeurs, siégeant au niveau du péritoine accolé, puissent poser des problèmes insolubles.

On doit discuter parmi les tumeurs retro-péritonéales :

— Les tumeurs rénales à évolution périphérique, de diagnostic très complexe, comme les angiomyolipomes corticorénaux.

— Les tumeurs polaires élucidées par le retropneumopéritoine et l'aortographie.

— Les tumeurs surrénales dont le retentissement endocrinien ou vasculaire est le plus souvent évocateur.

Il nous paraît difficile de discuter les tumeurs métastatiques et lymphatiques : ou bien, on a la notion de la maladie préexistante et le diagnostic se rattache à la lésion initiale, ou bien cette notion est inconnue et le diagnostic est impossible.

TRAITEMENT

Sauf contre indication d'ordre général, métastase, état général médiocre, le traitement des tumeurs paranéphrétiques est d'ordre chirurgical. L'âge, nous l'avons vu, malade de 78 ans, ne constitue pas une contre-indication.

Les voies d'abord, qui sont celles du rein, utilisent différents tracés :

— La Lombotomie de Guyon permet un abord rapide du rein. Mais, il est souvent nécessaire d'agrandir la brèche pariétale trop étroite, et ce, au prix de délabrements importants, tant pariétaux que viscéraux.

— La Thoracophrénolaparotomie de Schwartz et Quenu donne un jour considérable et permet des exérèses larges : mais on doit la considérer comme une voie d'exception qui entraîne une anesthésie difficile, une intervention longue et grave, une réanimation per et post-opératoire importante.

— Il faut, pensons-nous, inciser sur la tumeur, et c'est là que la voie d'abord de notre Maître, Monsieur le Professeur Fabre, nous paraît une excellente indication. En effet, la voie antérieure, para-médiane, permet indifféremment de passer en trans ou extra

péritonéal, d'observer un contrôle vasculaire plus facile qu'avec les voies lombaires, et au moins aussi facile qu'avec les voies médianes. La voie parapéritonéale, évitant les décollements des viscères accolés, nous semble plus simple; l'intégrité conservée de la cavité péritonéale, facilite les suites opératoires (Thèse Miquel, 1959).

Elle consiste en une incision pararectale, qui débute sur la 10e côte et peut s'étendre jusqu'à l'arcade crurale si on le désire.

Les plans musculo-aponévrotiques sont attaqués au bord externe du muscle Grand Droit. On incise l'aponévrose du Grand Oblique, et on aborde ensuite les muscles Petit Oblique et Transverse qui sont peu musculaires au niveau de la région para-ombilicale. Après incision prudente, de ces plans, le feuillet péritonéal est repéré. Une boutonnière musculaire permettant l'introduction de l'index est pratiquée. Le décollement péritonéal est amorcé. Il se dirige d'emblée vers le muscle Psoas où le péritoine est très facilement clivable. De la portion profonde, on commence le décollement vers le haut et vers le bas en remontant vers le tracé d'incision. On sectionne alors la paroi musculaire restante en faisant bien attention à ce que le péritoine soit bien séparé des muscles que l'on incise. Il faut savoir qu'il existe vers la région haute de l'ouverture, une difficulté notable au décollement du péritoine qu'il n'est pas rare d'ouvrir, la séreuse étant à ce niveau pellucide et très fragile; on doit fermer immédiatement la brèche. Un écarteur orthostatique, type Gosset, est placé entre la paroi musculaire en dehors, le péritoine et la masse abdominale en dedans. Des valves de Leriche seront nécessaires pour exposer les organes profonds et médians.

Quant à la tactique opératoire proprement dite, sa codification apparaît difficile, tellement les aspects macroscopiques des tumeurs varient. Cependant, deux règles à observer :

— Il convient de tout enlever, notamment les prolongements.

— Il faut essayer de conserver le rein, tout en sachant que cette conservation savère difficile, et dans nos quatre observations, elle ne pût être réalisée.

De multiples dangers attendent le chirurgien :

— La résection possible d'une partie de l'intestin (De Weerd signale la résection de 45 cm de Jejunum dans un cas, de 25 cm de colon descendant et de sigmoïde dans un autre).

— Les dangers vasculaires qui dominent le problème, surtout à droite en raison de la proximité de la Veine Cave. (Observation II : plaie de la Veine Cave suturée; Observation IV : résection de la Veine Cave nécessaire par l'extension de la tumeur).

Rognon présente une observation, où il fut obligé de suturer lui aussi la Veine Cave Inférieure, après une hémicolectomie droite, par suite des adhérences de la tumeur.

La mortalité post-opératoire varie suivant les auteurs, elle va de 6 % (Yovanovitch) à 25 % (Walhendorf), en passant par des chiffres intermédiaires, 15 à 20 % (Barcat).

La Radiothérapie n'agit que sur les sarcomes. Son indication reste basée sur un diagnostic précis, par exemple pour une récidive. On l'a proposée devant d'énormes tumeurs difficilement extirpables chirurgicalement; en réduisant le volume de la masse, elle permet une chirurgie moins illogique et moins périlleuse.

CONCLUSION

Malgré leur rareté, les tumeurs paranéphrétiques ne constituent pas une exception; aussi convient-il d'y penser devant toute tuméfaction de l'abdomen ou de la fosse lombaire. Le plus souvent, on les découvre à un stade de masse importante, par suite de la banalité et de l'imprécision des symptômes perçus par le malade.

Le diagnostic de tumeur paranéphrétique reste très difficile et la clinique seule est désarmée. Les différentes techniques radiologiques, notamment l'opacification des voies urinaires, sont indispensables pour localiser le siège des néoformations. Elles permettent de voir la situation retropéritonéale et paranéphrétique de la tumeur, son volume, ses rapports avec les organes voisins, les phénomènes de compression, de translation, de déplacement.

L'opacification des gros vaisseaux, Aorte, Cave, nous paraît très intéressante; elle situe le pédicule vasculaire de la néoformation, et précise les rapports tumeur-gros vaisseaux. Ces rapports nous semblent très importants, en particulier, lors des tumeurs paranéphrétiques droite, qui comme nous l'avons constaté, entraînent très souvent des difficultés opératoires Cave.

Le traitement reste avant tout chirurgical, en utilisant de préférence la voie antérieure, paramédiane, de Monsieur le Professeur Fabre. Par cet abord, on a une vue directe sur les gros vaisseaux et les pédicules vasculaires; de plus, on peut agrandir l'incision sans délabrement pariétal, et toujours observer un contrôle constant de l'intervention.

Vu :
Le Président de la thèse,
P. FABRE

Vu : *Le Doyen,*
LAZORTHES.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 30 mai 1963
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

AKERMAN L.V. — Rétropéritonéal Tumors, Atlas of Tumor Pathology, Armed Forces Institude of Pathology, Washington, D.C., fasc. 24, 1954.

AUGUSTE C., DELANNOY E., SOOTS G. — Enorme fibromyxome rétropéritonéal. *Arch. Mal. App. Digestif.* Janv.-févr. 1956, 45, n° 1-2, 134-136 (Bibliogr.).

BARCAT J. — Les Tumeurs retropéritonéales dites paranéphrétiques. I. Classification Anatomoclinique. *Presse Méd.*, 2 mai 1956, 64, n° 35, 833-834.

BARCAT J. — Les Tumeurs rétropéritonéales dites paranéphrétiques. II. Etudes Clinique et Thérapeutique. *Presse Méd.*, 16 mai 1956, 64, n° 39, 911-913.

BERNARD A., COURTY L. et M^lle^ GOUILLAUD. — Volumineux lipôme retropéritonéal avec calcifications. *Arch. Mal. App. Digestif.* Juillet-août 1956, n° 7-8, 74-79 (Bibliogr.).

BONNEAU S. — Contribution à l'étude des tumeurs paranéphrétiques. Thèse Médecine, Toulouse, 1960.

BOQUIEN Y., KERNEIS J.P., HERVOUET D., LEFORESTIER, HERBOUILLET et LENNE. — Un cas de mésenchymome retropéritonéal. *Arch. Mal. App. Digestif.* Oct. 1957, 46, n° 10, 971-983.

CENDRON J. — Tumeurs retropéritonéales (Paranéphrétiques). *Encyclo. Méd. Chir. Rein,* fasc. 18, 102 A 10 (4 1959), pages 1 à 6.

CIBERT J. et MILLET G. — Dix tumeurs paranéphrétiques (statistiques du pavillon V, Lyon) J : *Urologie*, 1955, 61, n° 6, 373-378.

COSTA J., AROSO A., ABREU A. — Volumineuse tumeur pararénale. Ablation par voie thoracoabdominale. *J. Urologie*, 1953, 59, n° 1-2, 28-33.

FRESNAIS J. — Tumeur paranéphrétique à type de tumeur mésenchymateuse de Dominici, chez une fillette. *J. Urologie*, 1953, 53, n° 3-4, 234-237.

LECÈNE et THÉVENOT. — Rapport au 28e Congrès de chirurgie, Paris, 1919, pages 533 à 612.

LESTAGE J., MOLLARET L., RAVELEAU R. et FAURE G. — Liposarcome retropéritonéal. *Arch. Méd. App. Dig.* Avril 1958, 47, n° 4, 349-354 (Bibliogr.).

MIQUEL H. — L'abord chirurgical du Rein et de l'uretère par voie antérieure. Thèse Médecine Toulouse, 1957.

PATEL J. et TUBIANA R. — Les tumeurs primitives rétropéritonéales. *Annales d'Anatomie Pathologique*, 17, n° 4, -947, 329.

PELOT G. — A propos des Tumeurs Paranéphrétiques. *J. Urologie*, 1953, 59, n° 6, 390-391.

PEYCELON R., MAYER M. et CHEVELIER J. — Tumeurs abdominales rétropéritonéales. *Lyon Chir.* Août-sept. 1951, 46, n° 6, 744-745.

RINGOIR S., DEMELENAERE L. et VUYLSTEEK K. — Indices gastro-intestinales des tumeurs rétropéritonéales lipomateuses. A propos de 4 cas personnels. *Arch. Méd. App. Digestif.* Déc. 1959, 48, n° 12, 1789-1796.

ROGNON L. M. — Un cas de tumeur rétropéritonéale. *J. Urologie*, 1954, 60, n° 3-4, 253-255.

ROUX G., MARCHAL G. et VIDAL J. — Aspects chirurgicaux des tumeurs dites paranéphrétiques. *Lyon Chir.* Sept. 1957, 53, n° 5, 748-753.

Dépôt légal 2e trim. 63, Aa 407

Imp. Toulousaine (Vve LION), 16, rue Lakanal — TOULOUSE